



Editorial

Papel del profesional de la pediatría en el control del tabaquismo

Carlos A. Jiménez-Ruiz. Unidad especializada en tabaquismo de la Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: victorina@ctv.es

Términos clave en inglés: smoking, prevention and control; pediatrics; health promotion

Términos clave en español: prevención del tabaquismo; pediatría; promoción de salud

Fecha de recepción: 21 de agosto de 2008
Fecha de aceptación: 25 de agosto de 2008

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2008

Evid Pediatr. 2008; 4: 67 doi: vol4/2008_numero_4/2008_vol4_numero4.4.htm

Cómo citar este artículo

Jimenez Ruiz CA. Papel del profesional de la Pediatría en el control del tabaquismo. Evid Pediatr. 2008; 4: 67

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008_numero_4/2008_vol4_numero4.4.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-08. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

Papel del profesional de la pediatría en el control del tabaquismo

Carlos A. Jiménez-Ruiz. Unidad especializada en tabaquismo de la Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: victorina@ctv.es

Dos artículos publicados recientemente en *Pediatrics* vuelven a poner de manifiesto la alta capacidad patogénica del humo del tabaco cuando este es consumido por la mujer embarazada¹; así como la eficacia que tienen las intervenciones sanitarias de los profesionales de la Pediatría encaminadas a la prevención y al tratamiento del tabaquismo en los jóvenes y adolescentes².

El primero de ellos es un estudio de casos y controles, de base poblacional, en el que se investiga la relación entre consumo de tabaco por parte de la embarazada (un mes antes de el embarazo y en el primer trimestre del mismo) y la aparición de defectos congénitos cardíacos en el recién nacido. Los resultados que se obtienen, después de haber analizado a más de 7.000 recién nacidos con y sin defectos congénitos cardíacos y a sus respectivos padres, son dignos de tener en cuenta. Las madres que fumaron durante cualquier momento del periodo estudiado tenían más posibilidades de tener hijos con defectos congénitos septales que aquellas que no lo hicieron. Se demuestra además, una relación significativa dosis-respuesta; Incluso, en aquellas que habían consumido 25 o más cigarrillos diarios, la relación entre consumo de tabaco materno y defectos congénitos del corazón derecho era igualmente significativa¹. El segundo estudio, analizado en este número de *Evidencias en Pediatría*³ muestra la alta eficacia de una sencilla intervención sanitaria por parte de los profesionales de la pediatría, tanto en la prevención del inicio al consumo del tabaco como en la obtención de abstinencia en los jóvenes y adolescentes fumadores. Los autores miden la eficacia del consejo sanitario de abandono del consumo del tabaco (intervención mínima) seguida de una visita y de cuatro llamadas telefónicas. Los resultados muestran que aquellos jóvenes y adolescentes no fumadores que recibieron la intervención tenían más posibilidades de mantenerse sin fumar al cabo de un año de seguimiento que aquellos que no la recibieron. Además, aquellos que cuando la recibieron eran fumadores, al cabo de los seis meses de seguimiento habían dejado de fumar en mayor medida que aquellos que no la recibieron².

El tabaquismo pasivo ha sido identificado como la tercera causa evitable de muerte en España. Aunque no disponemos de datos directos, se ha estimado que el tabaquismo pasivo en nuestro país puede ser responsable de alrededor 3.000 a 3.500 muertes anuales⁴. El tabaquismo pasivo es causa de enfermedades mortales tanto en adultos (cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica) como en niños y adolescentes (síndrome de la muerte súbita en el lactante y algunos tipos de leucemia). El consumo de tabaco por parte de la mujer embarazada ocasiona graves daños en el desarrollo fetal, además de incrementar el riesgo de

padecer importantes enfermedades⁵⁻⁷. El estudio de Malik et al despeja dudas sobre la verdad de la relación entre tabaquismo materno y cardiopatía fetal¹.

Los resultados de estos estudios no hacen sino confirmar la gran importancia sanitaria que la prevención del tabaquismo pasivo tiene para la salud del feto, del recién nacido y de los niños y adolescentes. Sin duda, el profesional de la pediatría es el agente sanitario que desempeña el papel más relevante para llevar a cabo la prevención de este proceso. Es decisivo que este profesional conozca su relevancia y la ejerza, porque los datos de los que disponemos en nuestro país así lo demandan. Realizamos dos encuestas epidemiológicas, observacionales y transversales, dirigidas sobre una muestra aleatoria y representativa de la población general española, en dos años diferentes (2005 y 2007). Nuestro objetivo fue medir el impacto que sobre la prevalencia del tabaquismo pasivo en España había podido tener la implantación de la Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo que fue aprobada por el parlamento español a comienzos del año 2006. Al analizar los resultados obtenidos en los hogares encontramos que, en el año 2005, de los 3.907 encuestados no fumadores, 1.153 (29,5%) residían en hogares donde convivían con al menos un fumador; en la encuesta del 2007, de los 2.174 encuestados no fumadores, 466 (21,4%) eran fumadores pasivos en el hogar. Es de destacar que esta tasa fue más alta entre los no fumadores de menos de 13 años, llegando a ser del 40,9% en el año 2005 y del 39,2% en el 2007⁸. Es decir, la prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar padecida por los niños menores de 13 años de edad no se ha visto reducida por la puesta en marcha de la reciente ley. Este es un dato preocupante que habla de la escasa sensibilización de la población general española en este tema. Es sorprendente comprobar que, de acuerdo a los resultados de nuestro estudio, la prevalencia de tabaquismo pasivo en los lugares de trabajo se redujo de un 26% en el 2005 a un 11% en el 2007. Y, sin embargo, no existió reducción en el hogar entre aquellos menores de 13 años de edad⁸. Parece como si los fumadores españoles estuvieran dispuestos a no fumar en presencia de otros sólo en aquellos casos que la ley lo prohíbe y no estuvieran lo suficientemente sensibilizados sobre el grave daño que el tabaquismo pasivo representa para la salud de los no fumadores.

Los profesionales sanitarios somos los más indicados para llevar a cabo esa labor de sensibilización sanitaria con respecto al tabaquismo pasivo. La Ley sirve para controlar el tabaquismo pasivo, pero no para sensibilizar sobre sus riesgos. Los resultados de nuestro estudio así lo intuyen. Desde este punto de vista parece clara la trascendental relevancia que juega el profesional de la pediatría en proporcionar una correcta información sanitaria a los padres sobre el tabaquismo pasivo que

podrían estar sufriendo sus hijos nacidos o aquellos que están a punto de nacer. Es más, un reciente metanálisis ha encontrado que proporcionar información sanitaria sobre tabaquismo pasivo a los padres se sigue de una significativa reducción de la exposición al humo ambiental del tabaco entre sus hijos y de un significativo incremento de las tasas de abstinencia entre ellos⁹.

Pero si la labor de información sanitaria sobre los riesgos que causan el tabaquismo activo y pasivo en la salud de los niños y jóvenes es crucial, no lo es menos la actividad de prevención y tratamiento del tabaquismo que el profesional de la pediatría pueda desarrollar desde su consulta diaria. Este hecho queda claramente reflejado en los alentadores resultados que presenta el trabajo de Pbert et al².

De acuerdo a los datos disponibles, el 80% de los fumadores crónicos se iniciaron al consumo del tabaco entre los 12 a los 18 años de edad¹⁰. Varias razones explican el inicio al consumo del tabaco entre los niños y jóvenes: la presión de amigos e iguales, el tabaquismo de los padres y hermanos, la publicidad, los bajos precios de las labores de tabaco, el cine, la televisión y un largo etcétera de actividades de la vida diaria que no hacen otra cosa que presentar el consumo de tabaco, a los niños y jóvenes, como una acción placentera y llena de atractivo y éxito personal^{11,12}. No obstante, la dependencia de la nicotina y la adicción por el consumo de tabaco se desarrollan rápidamente. Se ha establecido que basta con que se consuman 100 cigarrillos para que el niño ya haya desarrollado dependencia por la nicotina^{13,14}.

El alto porcentaje de jóvenes que se inician al consumo del tabaco a edades tempranas justifica la realización de intervenciones sanitarias dedicadas a la prevención del inicio y al tratamiento del tabaquismo no sólo de niños y jóvenes, sino también de sus padres. Los resultados del estudio de Pbert et al² son alentadores y deben animarnos a la realización de este tipo de intervenciones. No obstante, no es menos cierto y debe saberse que los diferentes metanálisis que han estudiado la eficacia de este tipo de intervenciones para la prevención y el tratamiento del tabaquismo no han encontrado resultados tan claros. Así, en el último metanálisis realizado sobre un total de siete ensayos clínicos, los autores encontraron que aquellos jóvenes que habían recibido consejo sanitario de abandono del consumo de tabaco, de diferente intensidad y formato, tenían más posibilidades de dejar de fumar que aquellos que no lo habían recibido (odds ratio [OR]: 1.8; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,1-3,0)¹⁰. Es más, los índices de abstinencia tabáquica que se obtenían en los grupos de intervención eran bajos (11,6%; IC 95%: 7,5-17,5%) en comparación con 6.7% en los grupos de control⁹. Es decir, parece que la intervención es eficaz, pero las cifras de abstinencia que obtiene son muy limitadas.

Probablemente, la investigación para el desarrollo de intervenciones sanitarias eficaces para ayudar a los jóvenes y adolescentes a dejar de fumar sea uno de

los campos más necesitados. Muchos estudios han probado la eficacia de diferentes intervenciones con intensidad, formato y contenidos distintos y ninguno han encontrado resultados realmente espectaculares. Un reciente metanálisis ha mostrado resultados significativos en estudios que utilizaron estrategias cognitivo-conductuales, apoyo social y estrategias motivacionales¹⁵; no obstante, las tasas de abstinencia no superaban el 15%¹⁵.

Esta escasez de buenos resultados no debe desanimarnos. Pensemos que hasta el 82% de los jóvenes fumadores (aquellos que tienen entre 11 y 19 años de edad) quieren dejar de fumar y que el 77% de ellos ha hecho al menos un serio intento de abandono¹⁶. El problema es que la mayoría de los intentos que los jóvenes realizan para dejar de fumar son inopinados y no planeados y, por lo tanto, no reciben la adecuada ayuda por parte del profesional sanitario. Ello hace que sus posibilidades de éxito sean muy escasas. No olvidemos que la posibilidad de éxito se duplica si el intento de abandono se realiza con ayuda médica^{9,15}.

La American Medical Association, en su declaración del año 2005, promueve que los padres de niños y jóvenes sean preguntados acerca de su consumo de tabaco cuando llevan a sus hijos a las consultas de médicos y pediatras¹⁷. De esta forma, los profesionales podrán ejercer una doble acción sanitaria en aquellos que sean fumadores. Por un lado, les alertarán sobre el posible tabaquismo pasivo que estén padeciendo sus hijos; y, por otro, les aconsejarán sobre la necesidad de que abandonen el consumo de tabaco. Un buen número de estudios ha encontrado que, cuando los padres que acuden a consulta con sus hijos o que tienen a sus hijos hospitalizados, son preguntados acerca de su consumo de tabaco, se consigue un mayor interés por parte de los mismos en el abandono, un más alto número de intentos de abandono y unas más altas tasas de abstinencia^{18,19}.

Resumiendo, el tabaquismo activo y el pasivo son dos graves problemas que afectan a los niños, jóvenes y adolescentes. Los profesionales de la pediatría juegan un papel relevante en la prevención y el tratamiento de estos procesos patológicos. Todos los padres de niños y jóvenes que acuden a las consultas deben ser preguntados acerca de su consumo de tabaco e informados sobre la necesidad de abandonarlo. Con ello, estaremos reduciendo la exposición al humo ambiental del tabaco de los más jóvenes que conviven con ellos y estaremos ayudándoles a que abandonen definitivamente el consumo de tabaco. Pero, además, se debe identificar a todos los fumadores que acuden a las consultas de pediatría y ofertarles el tratamiento que más necesiten. No olvidemos, que el 80% de los fumadores crónicos se iniciaron al consumo del tabaco cuando tenían entre 12 y 18 años de edad, que el 82% de los jóvenes fumadores quieren dejar de fumar y que las intervenciones terapéuticas que los pediatras realizan sobre el tabaquismo activo de los adolescentes tienen tasas de éxito que aunque sean bajas, doblan a aquellas

que el joven puede alcanzar cuando realiza el intento sin ayuda alguna.

Bibliografía

- 1.- Malik S, Cleves MA, Honein MA, Romitti PA, Botto LD, Yang S, et al; National Birth Defects Prevention Study. Maternal smoking and congenital heart defects. *Pediatrics*. 2008; 121:e810-6.
- 2.- Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;121:e738-47.
- 3.- Ibañez Pradas V, Suwezda A. Una nueva intervención para la prevención y cese del consumo de tabaco en la consulta pediátrica parece ser poco efectiva y costosa. *Evid Pediatr*. 2008;4:71.
- 4.- Banegas JR, Díez Gañan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. Recent decrease in smoking-attributable mortality in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:769-71.
- 5.- National Cancer Institute. Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control Monograph no. 10. Bethesda, MD. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 99-4645, 1999,
- 6.- Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. *Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation*. 1991; 83:1-12.
- 7.- The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1986.
- 8.- Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, Hurt R, Ramos A, Solano S, Carrión F. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008:1-4.
- 9.- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. 2008 update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, US: Department of Health and Human Services. Public Health Service;2008.
- 10.- Altet N, De la Cruz E. Patología infantil y consumo de tabaco En: *Tratado de Tabaquismo*. Ed: CA Jiménez Ruíz, KO Fagerström. Madrid: Ergon;2007.p.131-9.
- 11.- Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:463-91.
- 12.- Jackson C, Brown JD, L'Engle KL. R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:260-8.
- 13.- Colby SM, Tiffany S, Shiffman S, Niaura RS. Measuring nicotine dependence among youth: a review of available approaches and instruments. *Drug Alcohol Depen*. 2000; 59:523-9.
- 14.- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:704-10.
- 15.- Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol*. 2006;25:549-57.
- 16.- Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, Whitlock EP. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. *Am J Health Promot*. 2003;17:231-9.
- 17.- American Medical Association. Policy Finder [en línea][fecha de consulta: 15-VIII-2008]. Disponible en: http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online
- 18.- Winickoff JP, Buckley VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA. Intervention with parental smokers in an outpatient pediatric

clinic using counseling and nicotine replacement. *Pediatrics*. 2003;112:1127-33.

19.- Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. Reducing maternal smoking and relapse: long-term evaluation of a pediatric intervention. *Prev Med*. 1997; 26:120-30.